

UNIVERSIDAD NACIONAL DE ROSARIO

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

ESCUELA DE ENFERMERÍA

**Aplicación del Método Contacto Piel a Piel y Nivel de Información de los enfermeros de
una unidad de Neonatología de la ciudad de Rosario**

Por:

Enf. Alegre Benítez, Rocío

Director:

Lic. en Enfermería Mansilla, Betsabé

Docente Asesor:

Lic. Acosta, Simón

Lic. Díaz Ferrari, Analía

Rosario, 7 de Diciembre de 2020

Agradecida en primer lugar a Dios,
a mi familia que me apoya y
a mis compañeros de trabajo por el
acompañamiento.

Resumen:

El Contacto Piel a Piel (COPAP) es un método que consiste en colocar al bebé desnudo sobre el pecho descubierto de su madre, en decúbito ventral. Esta práctica puede favorecer la conducta del bebé y la mamá a través de estímulos sensoriales como el tacto, calor y olor, iniciando a su vez satisfactoriamente la lactancia. A pesar de ser una técnica sin costos adicionales y de fácil aplicación no se implementa en la mayoría de los hospitales en vías de desarrollo, ni tampoco se capacita al personal para tal fin. El objetivo de este estudio es determinar la relación que existe entre la aplicación del método COPAP y el nivel de información sobre el mismo, según sexo y antigüedad en el servicio, de los enfermeros de una unidad de neonatología de un efector público de la ciudad de Rosario, de enero a junio de 2021.

Será un estudio observacional, descriptivo, transversal y prospectivo; con una población de 25 enfermeros. Se utilizarán dos instrumentos, una lista de cotejo para determinar la aplicación del método COPAP y un cuestionario con 15 preguntas para describir el nivel de información de los enfermeros sobre el método, sexo y antigüedad laboral de los mismos. Se realizará un análisis univariado y bivariado para la comparación de las variables en estudio, utilizando el programa estadístico SSPS. Los datos serán presentados en gráficos de barra simple y adosada, y en tablas de distribución de frecuencia, y se establecerá la medida de tendencia central, media, mediana y moda, cuando corresponda.

Palabras claves: Contacto piel a piel, nivel de información, enfermeros, sexo, antigüedad laboral, neonatología.

INDICE GENERAL	Págs.
Agradecimiento.....	2
Resumen y palabras claves.....	3
Índice General.....	4
Introducción	
Estado actual de conocimientos o Estado del Arte.....	6
Planteamiento del problema en estudio.....	8
Hipótesis y objetivos.....	8
Marco teórico.....	9
Material y Métodos	
Tipo de estudio o Diseño.....	26
Sitio o contexto de la investigación.....	26
Población y Muestra.....	26
Técnicas e instrumentos para la recolección de datos.....	27
Personal a cargo de la recolección de datos.....	32
Plan de análisis.....	32
Plan de trabajo y Cronograma.....	33
Anexos.....	34
Bibliografía.....	47

Introducción

Para la Organización Mundial de la Salud (OMS), el ideal es que el contacto piel a piel (COPAP) inicie inmediatamente luego del nacimiento, poniendo al bebé desnudo sobre el pecho desnudo de su madre, en decúbito ventral. Esta práctica puede favorecer la conducta del bebé y la mamá a través de estímulos sensoriales como el tacto, calor y olor, iniciando a su vez satisfactoriamente la lactancia (OMS, 2017).

El contacto piel a piel (COPAP) data del año 1979 cuando los doctores Rey y Martínez del Hospital de San Juan de Dios de Bogotá, Colombia, al notar el número escaso de incubadoras para atender a los bebés prematuros, el incremento de mortalidad neonatal y la aparición de mayor número de infecciones intrahospitalarias, comenzaron un programa de atención al recién nacido (RN) prematuro, el cual consistía en poner al bebé piel con piel en el pecho de su madre, alimentándose con la leche materna. Al difundirse este método a otros países, fueron apareciendo nuevos estudios, identificando todas las ventajas que el contacto piel a piel tiene para el RN y sus padres (Martínez Chávez, 2015).

Por otro lado, Luchini Rais, Camila y Cols. comentan a través de un artículo la importancia del contacto piel a piel madre-hijo, para dar lugar a los numerosos beneficios que el método proporciona al RN en relación a la duración de la lactancia materna que aumenta al estar en contacto sobre el pecho de la madre, el control de la temperatura, disminución de los niveles de cortisol, desarrollo neurológico, interacción madre-hijo, disminución del dolor, disminución de los días de hospitalización, y en el desarrollo infantil (Lucchi Rais, Márquez Doren, & Uribe Torres, 2012).

A su vez, y según Lizarazo-Medina, Jenny P y Cols. la práctica del programa contacto piel a piel, beneficia al RN prematuro y/o de bajo peso en la estabilidad de la temperatura corporal, el aumento de peso, y por otro lado también disminuye las complicaciones (Lizarazo-Medina, Ospina-Díaz, & Arizariño, 2012).

Fernández Romo, Fernando y Cols. demostraron a partir de un estudio de intervención pre-experimental descriptivo en un periodo de tiempo determinado que al implementar el método canguro (o COPAP) a los RN de bajo peso y prematuros, se obtuvieron diversos beneficios, como ser menor cantidad de complicaciones respiratorias, disminución en las infecciones

nosocomiales; aumento ganancial de peso y mejoras en el estado neurológico del bebé (Fernández Romo & cols., 2012).

A.J, Mitchell y Cols. , en el año 2013 publicaron los resultados de un estudio que muestra la comparación entre la utilización del método contacto piel a piel y la incubadora por separado, y como el primero es capaz de disminuir la frecuencia cardíaca, ya que este método relaja tanto el sistema simpático como el parasimpático. En este estudio nos dan de evidencia como el niño al estar en canguro con su madre se queda dormido, estabilizando los parámetros fisiológicos y también el desarrollo neurológico (Mitche, Yates, & Williams K, 2013).

De Brito Machado, Ángela Cristina y Cols. evidenciaron en su artículo que los profesionales sanitarios que estén en una unidad neonatal pueden ayudar a la participación y conocimiento del método contacto piel a piel para que los padres lo lleven a cabo con sus hijos y que sepan los beneficios para ambos, ya que los mismos suelen tener muchas dudas, mucho estrés y estar desanimados; por eso estos autores denotaron la importancia de dar a conocer este método y llevarlo a cabo, conociéndolo profundamente para transmitirlo a los progenitores. Comentan las autoras que en muchas unidades neonatales no se lleva a cabo por falta de información sobre este método por lo que hay que involucrar a los padres en el cuidado de sus hijos, dándoles información precisa y eso afirman, que es función del profesional sanitario. Las mismas, después de hacer una revisión sobre este tema concluyen en la importancia de estimular el contacto piel a piel para la atención neonatal (De Brito Machado & Giglyane Carvallo, 2012).

Luego de la lectura de diferentes artículos los autores concluyen que el COPAP es una práctica segura y fácil de aplicar. La misma promueve la salud y bienestar de los RN prematuros y sus padres. Los enfermeros juegan un importante papel en la educación para incluir a los padres, deshaciendo barreras y promoviendo la aplicación de esta técnica (Lucchini Raies, Márquez Dorem, & Uribe Torres, 2012)

La mayoría de los países en vía de desarrollo no han puesto en marcha el COPAP de manera formal, a pesar de las recomendaciones de la OMS. Debido a ello tampoco se ha capacitado al personal sobre los beneficios de incorporar esta técnica al cuidado del RN prematuro y su familia. Los conocimientos del personal se reducen a los obtenidos en la formación profesional (Sánchez Bustamante, 2012).

Por todo lo mencionado se observa la necesidad de seguir investigando la aplicación del método COPAP en las unidades de cuidados intensivos neonatales (UCIN), para favorecer el neurodesarrollo del RN prematuro y su sobrevivencia, y a su vez los beneficios que esta técnica brinda a los padres.

El propósito de esta investigación es obtener conocimientos sobre COPAP y su aplicación para así elaborar un plan de cuidados definiendo el rol de enfermería en la implementación del método en la unidad de cuidados neonatales, elevándolo al jefe del Departamento de Enfermería con el fin de implementarlo en el servicio, favoreciendo una mayor calidad de cuidados en los usuarios.

Formulación del Problema:

¿Qué relación existe entre la aplicación del método COPAP y el nivel de información sobre el mismo, según sexo y antigüedad en el servicio, de los enfermeros de una unidad de neonatología, de un efector público de la ciudad de Rosario, de Enero a Julio de 2021?

Hipótesis:

Cuanto más alto sea el nivel de información de los enfermeros sobre el método COPAP, más alta será la aplicación del mismo; siendo las enfermeras mujeres y el personal con una antigüedad mayor a cinco años los que mayoritariamente lo aplican.

Objetivo General:

Determinar la relación que existe entre la aplicación del método COPAP y el nivel de información sobre el mismo, según sexo y antigüedad en el servicio, de los enfermeros de una unidad de neonatología de un efector público de la ciudad de Rosario, de Enero a Junio de 2021.

Objetivos Específicos:

- Determinar el nivel de información que posee el personal de enfermería sobre el método COPAP.
- Determinar el nivel de información que posee el personal de enfermería sobre los beneficios que aporta el COPAP para el bebé.

- Determinar el nivel de información que posee el personal de enfermería sobre los beneficios que aporta el COPAP para la madre.
- Identificar el sexo y la antigüedad en el servicio de los enfermeros.
- Identificar la preparación de la madre y del bebé antes del COPAP.
- Identificar la colocación del bebé durante el COPAP.

MARCO TEÓRICO

La neonatología es una de las ramas más jóvenes de la medicina. Se ocupa del cuidado de pacientes desde el nacimiento hasta el mes de vida, siendo éste uno de los periodos más vulnerables del ser humano. Surge como especialidad en el año 1882, con las observaciones del médico francés Pierre Budín, considerado padre de la disciplina (Enfermería, 2012).

En 1941, en Estados Unidos (EEUU), Julius Hers organizó las primeras unidades de cuidados para recién nacidos prematuros. Entre 1940 y 1950 surgieron las primeras incubadoras para la estabilización térmica, además de dar comienzo a la unificación de criterios para el manejo del neonato pre término (Enfermería, 2012).

En Argentina a partir de la década del 60, con el especialista en pediatría Jacob Halac, en Córdoba, se utilizó por primera vez el término Neonatología, además de escribir las primeras normas de atención para el recién nacido. En el año 1966 se inauguró el primer servicio de Neonatología en la Maternidad provincial, asesorados por profesionales chilenos, enviados por la Oficina Sanitaria Panamericana (OSP), Representación Argentina (Enfermería, 2012).

Luego en 1968, un equipo de pediatras del Hospital de niños Ricardo Gutiérrez, fundó el departamento de Pediatría en la Maternidad Sarda, a cargo de Alfredo Larguía, naciendo el servicio de Neonatología como una unidad dentro del mismo. Estableciendo las bases para la organización y el funcionamiento del servicio, además de definir una clasificación de pacientes de acuerdo a su condición y necesidad de tratamiento, considerando al recién nacido como parte integrante de una familia y sociedad, dentro de una determinada cultura, marcando la importancia del ingreso de la familia las unidades, la internación conjunta, reuniones de padres, visitas de hermanos y abuelos (Enfermería, 2012).

La formación de enfermería no fue un dato menor, al igual que la de los médicos representantes. Las enfermeras fueron formadas y asesoradas por la Oficina Sanitaria Panamericana (OSP), lo que fue considerado determinante para la atención de la salud de los neonatos, posibilitando el proceso de crecimiento y desarrollo de los niños, con mayores controles y mejores cuidados (Enfermería, 2012).

Para la Organización Mundial de la Salud (OMS) la prematuridad es una de las principales causas de mortalidad en niños menores de 5 años. Los partos prematuros oscilan en una tasa de entre el 5 y 18%. La mortalidad de los Recién Nacidos Pre término (RNPT) ha

descendido en los últimos años en líneas generales, aunque no es así en los países subdesarrollados ya que no pueden ofrecer cuidados oportunos para la sobrevivencia del neonato. La OMS ha realizado documentos, en pos de disminuir la mortalidad neonatal creciente, proponiendo recomendaciones, conductas estratégicas e intervenciones destinadas a favorecer la vida materna y de su hijo. Algunos son el de Directrices de la OMS para mejorar los resultados obstétricos en caso de prematuridad, publicado en 2015 y otro elaborado en 2016 llamado Recomendaciones de la OMS sobre atención prenatal para una experiencia positiva del embarazo (OMS,2018).

Para poder brindar cuidados de calidad y adecuados a esta población vulnerable han influido muchas variables, el conocimiento que se tiene sobre la fisiopatología, los avances tecnológicos de los últimos años y la formación más específica y completa de los profesionales sanitarios. A la par de esta evolución, los cuidados enfermeros también se han ido modificando para dar cobertura a las necesidades que pudieran tener los RN, pero también sus padres y familiares. Algunos de los cuidados más relevantes, novedosos y beneficiosos en los que además Enfermería tiene un papel imprescindible, son los llamados Cuidados Centrados en el Desarrollo y la Familia del Recién Nacido Pre término (Moreno Ruiz, Seltan Soto, & Vazquez, 2017).

Los Cuidados Centrados en el Desarrollo (CCD) se definen como el conjunto de intervenciones médicas y de enfermería destinadas a llevar un control del macro ambiente como iluminación y ruido y del micro ambiente como postura, manipulación, manejo del dolor y método piel a piel, que rodea al RN prematuro en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN). De esta manera se favorece su desarrollo neurosensorial y emocional, además de disminuir los niveles de estrés a los que está sometido. Todo ello, por supuesto, con la presencia y colaboración de la familia (Moreno Ruiz, Seltan Soto, & Vazquez, 2017).

Los Cuidados Centrados en la Familia (CCF) son una filosofía de cuidados que se basan en la idea de que el niño pertenece a un núcleo familiar, y por ello los cuidados se tienen que plantear en torno a la unidad familiar y no solo al RN. Implicar a la familia en el cuidado, y más aún en un contexto hospitalario, deriva en una mejora no solo del estado físico del RN, sino que favorece el desarrollo emocional y psicológico del niño y de la unidad familiar. Para poder realizar este tipo de cuidados es muy importante que todos los profesionales que trabajan en unidades neonatales tengan una actitud de respeto hacia las creencias, ideas y deseos de los padres (Jolley & Shields, 2009).

Es imprescindible integrar a los padres al cuidado diario del RN en la UCIN. Se debe estimular que los mismos estén cerca de sus hijos, instruyéndolos en cuanto a la atención que requiere su bebé para satisfacer sus necesidades. De esto se tratan los cuidados centrados en la familia (Solá, 2011).

En cuanto a la información que se les brinda a los padres, la misma debe ser clara, sencilla y fácil de comprender, evacuando toda duda que pudiera surgir e instando al trabajo en conjunto para lograr cuidados de calidad. Es muy importante la comunicación entre los padres y el RN. La primer comunicación entre la madre y su hijo debería ser a través del contacto piel a piel, luego del nacimiento (Cernadas, 2014)

Dentro de los CCD encontramos como uno de los cuidados principales, el método Contacto Piel a Piel (COPAP). También conocido como Método Madre Canguro (MMC), es definido como el contacto piel a piel entre la madre y el bebé prematuro de forma precoz, prolongada y continua acompañada de la lactancia materna, para que tanto la mamá como el bebé disfruten de sus ventajas. Cualquier prematuro de cualquier edad gestacional, peso con cualquier tipo de patología puede ser candidato a realizar COPAP.

Según la OMS las características principales del MMC son, contacto temprano, continuo y duradero entre la mamá y el bebé; lactancia materna exclusiva; inicio en el hospital con continuidad en la casa; los bebés pueden recibir el alta más rápidamente; las mamás que se encuentran en su hogar requieren apoyo y seguimiento adecuado; es un método eficaz y amable que evita el ajetreo que predomina en las salas de neonatología (OMS, 2017).

El contacto piel a piel está basado en estudios realizados con animales, donde se evidenció que algunas conductas innatas de los recién nacidos dependían del hábitat para la supervivencia. Para los mamíferos el mantener el medio materno después de nacer es esencial para favorecer una lactancia materna satisfactoria y la supervivencia del neonato. En estudios con roedores aquellos que estuvieron separados de sus madres presentaron alteraciones mentales y de salud a largo plazo. En los seres humanos en el siglo XX la separación del bebé y la mamá fue muy marcado, en contra de la historia evolutiva, donde el neonato sobrevivía dependiendo del contacto íntimo y prolongado. El COPAP es un estimulante vagal donde a través de los sentidos como el olfato y tacto favorece la liberación de oxitocina (Gómez Herrera, 2013).

La oxitocina se opone al efecto de lucha/huída, lo que disminuye la ansiedad de la mamá y acrecienta la tranquilidad y receptividad social, también es posible que esta hormona estimule las conductas de crianza. Las rutinas hospitalarias pueden incidir desfavorablemente en el vínculo entre la mamá y el RN. Durante las dos primeras horas de vida el neonato cursa una etapa de alerta tranquila originada por la descarga de noradrenalina durante el parto facilitando el reconocimiento del olor materno, llamado período sensitivo, que favorece el vínculo y la adaptación postnatal (Gómez Herrera, 2013).

El COPAP data del año 1979 donde los doctores Rey y Martínez de Bogotá, Colombia, al darse cuenta de los cuidados insuficientes dentro de las incubadoras para los bebés prematuros, utilizaron el método como una alternativa eficaz para la recuperación óptima de los recién nacidos. Más de dos décadas de investigación y aplicación dejan de manifiesto que el COPAP es algo más que una alternativa a los cuidados en incubadora, el mismo es eficaz en la regulación de la temperatura, la lactancia materna y el desarrollo social del neonato (OMS, 2004).

La forma en que un bebé es recibido tras su nacimiento, puede traer consecuencias a corto y largo plazo. Las mamás y sus bebés tienen la necesidad fisiológica de permanecer juntos tras el parto. A su vez el COPAP inmediato produce en los bebés una transición de la vida fetal a la neonatal más estable en los parámetros respiratorios, de la temperatura y regulan la glicemia, además de disminuir los niveles de estrés, evidenciando en menos llanto. Los bebés almacenan experiencias. El RN sano y de término tiene sus sentidos desarrollados y reconoce la voz de su mamá, los latidos del corazón, el sabor del líquido amniótico, etc. (Soto Conti, 2018).

Existen diferentes tipos de COPAP, el contacto piel a piel al nacer; el contacto piel a piel muy temprano, que comienza entre 30 y 40 minutos después del parto, cuando se coloca al bebé desnudo sobre el pecho de su madre y se los cubre con una manta; y el contacto piel a piel temprano, que puede empezar de 60 minutos a 24 horas después del nacimiento, en el que el bebé es colocado con o sin pañal y gorro entre los pechos desnudos de su progenitora, quien abre su bata o camisa por delante para permitir que el bebé quede envuelto en la prenda, asomando solo su cabeza. En neonatología este último es el que se aplica con más frecuencia, ya que inmediatamente luego del parto no se puede realizar el COPAP por el estado clínico del paciente (Moore, Anderson, & Bergman, 2008).

El COPAP es un método, y como tal podemos describir los siguientes pasos, colocar al bebé en decúbito ventral entre los pechos de la madre con el torso desnudo. Favorece la regulación de la temperatura del neonato y estimula la lactancia materna; la cabeza del bebé debe estar levemente lateralizada, favoreciendo la oxigenación; las extremidades deben estar flexionadas contra el cuerpo de la madre (posición de rana); sujetar al bebé con una banda o tela, también se lo puede colocar dentro de la remera o camisa de la madre, o también ésta lo puede sujetar con sus manos (Bossi, 2011).

El COPAP proporciona diferentes ventajas, sobre todo las relacionadas a la termorregulación, lactancia materna, aumento de peso y organización conductual del bebé. A su vez favorece el vínculo madre/hijo, disminuye los sentimientos negativos de la madre, y da satisfacción tanto a la madre como a la familia y a los profesionales de la salud que desarrollan este método (Bossi, 2011).

Dentro de los beneficios de este método, se pueden mencionar que, favorece la termorregulación; cuando el bebé nace pierde el confort térmico que tenía dentro del útero, pasa de un ambiente cálido y húmedo a un medio frío y seco, allí comienza a utilizar su mecanismo de termorregulación. El mismo es un mecanismo de control fisiológico que poseen los seres humanos para mantener un constante ambiente térmico capaz de asegurar una función celular óptima. Los bebés prematuros nacen sin este mecanismo de control totalmente desarrollado, por lo cual se le debe proveer un ambiente con humedad y temperatura controladas. Para evitar las pérdidas de calor existen algunos métodos como ser envolver al RN en plástico, colocarlo en contacto piel a piel con la madre o colocarlo en una incubadora. Existen mecanismos por los cuales se pierde o gana calor, éstos son convección, conducción, radiación y evaporación. El conocimiento de los mismos proporciona los elementos para modificar el ambiente térmico del neonato y evitar las pérdidas de calor. La estabilidad térmica es primordial para el RN y aún más en los bebés prematuros, para lograrla la temperatura del bebé debe mantenerse en una zona térmica neutral, la cual se consigue con el uso de las incubadoras y de la humedad. También durante el COPAP se logra esta termorregulación del bebé, ya que la posición adoptada entre los pechos de la madre se asemeja al calor ofrecido por la incubadora, responde a las necesidades térmicas del bebé como un regulador (Solá, 2011).

Otro de los beneficios del método para el bebé es que mejora la estabilidad cardiorrespiratoria del RN, disminuyendo los episodios de apneas, lo que significa ausencia de

respiración durante 15-20 segundos o más. La misma se considera patológica si se mantiene en el tiempo acompañada de desaturación, bradicardia, cianosis peri bucal o hipotonía. Las apneas se pueden clasificar en centrales, en las que no hay actividad diafragmática; obstructiva, donde los esfuerzos respiratorios están presentes pero no el flujo de aire; y apneas mixtas, en las que conviven las dos anteriores, central y obstructiva. Si bien aún no se sabe certeramente el origen de las apneas se atribuyen las mismas a la inmadurez del centro respiratorio, pero también hay otras causas que la podrían provocar como la sepsis y el reflujo, entre otras. Lo que sí se sabe es que el COPAP disminuye las apneas, manteniendo estables los parámetros de saturación de oxígeno y frecuencia cardíaca (Solá, 2011).

A su vez otra ventaja es disminuir los niveles de estrés en el neonato. Los bebés prematuros que están en la UCIN se ven expuestos constantemente a intervenciones molestas que ocasionan estrés o dolor, como ser colocación de accesos venosos, extracción de sangre, aspiración de secreciones, etc. Pero también están aquellas intervenciones que se dan en el macro ambiente y que repercuten en el estrés del RN, como el nivel de las luces en la sala, los ruidos altos, la no unificación de cuidados, etc. Existe lo que se llama tratamiento no farmacológico del dolor y el mismo consiste en realizar las intervenciones lo menos perjudiciales para el paciente, así tenemos el uso adecuado de las luces dentro de la sala, la cual no debe exceder los 20 lux o usar cobertor sobre las incubadoras si es necesario trabajar con las luces encendidas. En cuanto a los decibeles de ruido no deben sobrepasar los 50 dB. Dentro del tratamiento no farmacológico también se enmarca el COPAP, disminuyendo los períodos de llanto del bebé (Bossi, 2011).

Al hablar de cuidados en el macro ambiente no se puede dejar de nombrar a Florence Nightingale y su teoría del entorno para resaltar los cuidados centrados en el macro ambiente del RN prematuro. Su teoría no distinguía entre elementos biológicos, psicológicos y sociales, sino que son considerados como un conjunto. Los cuidados de enfermería relacionados a elementos del ambiente son, ventilación, ambiente libre de gérmenes, temperatura adecuada; exposición a la luz solar; higiene tanto del paciente como de la enfermera (primordialmente de las manos) y el ambiente; ruidos, ningún cuidado es eficaz si no se acompaña de tranquilidad; dieta adecuada (Vega, 2016).

También el COPAP favorece la estimulación de los sentidos del RN. En cuanto al tacto el contacto piel a piel facilita la unión. En relación al oído, los bebés recién nacidos prefieren el sonido de la voz de la madre y también amamantan durante más tiempo cuando la escuchan. Se

considera además que la voz de la madre es para el RN un estímulo natural y que incluso durante el embarazo, cuando es aún un feto, su frecuencia cardíaca se desacelera cuando la mujer gestante habla. Además, su voz tiene un efecto sobre el cerebro e incide, más adelante, en el desarrollo social y emocional. Por último, también está el sentido de la vista, los recién nacidos pueden reconocer la cara de su madre y pueden seguir su mirada a una corta distancia (Rougier, 1999).

En cuanto a los beneficios que este método proporciona a la madre se encuentran, favorecer el vínculo. La importancia del COPAP reside en que son los primeros 60 minutos de vida del bebé los que preparan a madres y recién nacidos para desarrollar pautas de interacción en sincronización y reciprocidad, siempre y cuando estén juntos y en contacto íntimo. Este vínculo que los une es una conducta de tipo instintivo, surgida en el curso de la evolución de la especie, por su innegable valor de supervivencia (Farkas, Santelices, & Pinedo, 2008).

La aplicación temprana del COPAP favorece la reestructuración del vínculo madre/hijo/familia que se rompe tras el nacimiento del bebé prematuro y su entrada al servicio de Neonatología, a la vez que ayuda al desarrollo social del cerebro y el vínculo afectivo (Bossi, 2011).

Durante la primer hora de vida madre e hijo establecen una comunicación no verbal que les permite estrechar un vínculo, término que se define como una estructura compleja que incluye un sujeto, un objeto, y su mutua interrelación con procesos de comunicación y aprendizaje. Dentro de este proceso de comunicación una de las partes carece de una lengua que le permita decodificar un mensaje verbal y retroalimentar el circuito con palabras, por lo tanto su comunicación será a través de gestos y palabras simples, de las que importará más el tono de voz empleado para pronunciarlas que el significado, y comportamientos paraverbales, como la dirección de la madre hablante, que se defina al interlocutor –el bebé–, que reaccionará de forma gestual. Permitiendo de este modo la creación del vínculo madre-hijo, sobre el que claramente incide el contacto piel a piel, ya que es ésta la práctica la que lo vuelve posible (Rougier, 1999).

Al mencionar el vínculo, no se puede dejar de referir a otro no menos importante, el establecido entre paciente y enfermero/a. Hildegart Peplau teorizó sobre este tema, empleando conocimientos del llamado modelo psicológico y de la ciencia conductual y proponiendo luego el que se denomina enfermería psicodinámica. Las fases del vínculo-relación-entre enfermero/a-paciente son las bases de este modelo, erigido sobre la capacidad del profesional de la salud de

entender su propio accionar para así ayudar a otros a identificar y superar sus dificultades. Pueden mencionarse dos supuestos sobre los que descansa su teoría: el primero, que contempla la subjetividad y las particularidades de la persona que ejerce la profesión y reza que “el aprendizaje de cada paciente cuando recibe cuidados de enfermería será sustancialmente distinto según el tipo de persona que sea el enfermero/a” y el {ultimo, implícito, relacionado directamente con la ética profesional y la responsabilidad legal que rodea a las prácticas de la enfermería. De esto se concluye que la conducta terapéutica en la relación enfermero/a-paciente, promueve el aprendizaje experiencial (Vega, 2016).

Otro beneficio para la mamá es que estimula la secreción de prolactina, hormona indispensable para la lactancia materna. La leche materna es una mezcla de agua, grasas, carbohidratos, iones, vitaminas y tiene la temperatura adecuada para el bebé. El alimento con pecho materno posee múltiples beneficios, nutrición, inmunidad para el bebé, calor, contacto piel a piel, estímulos afectivos y sensoriales. A su vez al proporcionarle al RN defensas, el mismo se encuentra cubierto contra diversos microorganismos que pudieron haber pasado aún durante el embarazo. A su vez favorece el desarrollo psicológico del neonato, logrando estabilidad y seguridad emocional a través del vínculo que se genera entre la madre y el niño cuando ésta lo amamanta (Solá, 2011).

Si bien en los RN prematuros o de muy bajo peso al nacer la instalación de la lactancia materna puede demorar mucho más, es muy importante que al comenzarla sea con leche humana. El comienzo temprano de la alimentación puede promover el crecimiento, disminuir la necesidad de nutrición parenteral y la estadía en el hospital. Por lo general se comienza con un estímulo trófico enteral, que es la administración de leche, humana preferentemente, en bajas cantidades sin fines nutricionales, y que se administra por varios días para favorecer el peristaltismo intestinal. La leche materna es la ideal para todo bebé recién nacido. Los beneficios de ésta son múltiples, el más relevante para los neonatos prematuros es el efecto positivo sobre el neurodesarrollo, además de disminución de la incidencia de sepsis y alta precoz. La madre estimula la lactancia al realizar el COPAP y realizando amamantamiento no nutritivo del RN prematuro, que si bien no alcanza para nutrirlo sirve para estimular la bajada de la leche materna y luego de una extracción manual o con sacaleche eléctrico se le administra al bebé por sonda orogástrica, asegurando aporte calórico y nutritivo (Solá, 2011).

La lactancia materna, recomendada hasta los dos años de edad y complementada con otros alimentos nutritivos, trae aparejada numerosos beneficios para la madre, entre los que se destacan algunos relacionados con aspectos psicológicos como el refuerzo de la autoestima y el establecimiento del vínculo madre-hijo y otros fisiológicos, con disminución de riesgo de padecer cáncer ginecológico, ya que se estima que las madres que amamantan de 6 a 24 meses durante su vida reproductiva pueden reducir el riesgo de cáncer de seno entre 11 y 25%, anemia y sangrado post parto (Raineri, 2013).

Otra ventaja que proporciona el COPAP para la madre es que genera en éstas mayor seguridad y confianza para cuidar de sus hijos. Si bien la internación de un bebé en neonatología genera en los padres un período de vulnerabilidad y angustia por la salud de su hijo, no obstante el incluir a los padres en el cuidado diario del neonato y contenerlos con apoyo psicológico genera mayor confianza y seguridad no sólo en los padres sino también en todo el equipo de salud, disminuye los valores de estrés, genera un mayor nivel de tolerancia y se reducen los días de estada e incluso mejora el desarrollo neurológico del bebé. Dentro de las actividades de inclusión de los padres se encuentra el COPAP, el cual facilita en los padres el apego, aumentando los niveles de oxitocina, hormona que disminuye el estrés y la ansiedad (Unicef & Nación, 2018).

Al hablar de apego se puede decir que es la relación afectiva, cálida e íntima que se establece entre dos seres humanos, generalmente entre padres e hijo, que provoca en ambas partes involucradas satisfacción y sentimiento de alegría. Espacio vital de crecimiento y necesidad biológica de todo bebé, se considera determinante de la salud mental, física y social del niño, ya que le permitirá desarrollar un sentido de seguridad que, más adelante, le permitirá adaptarse a condiciones de estrés. Así, tanto detección como evaluación de la calidad de esta relación se considera primordial para prevenir y/o detectar de manera precoz los problemas del infante, evitando esto que las dificultades se vuelvan crónicas (Moneta, 2014).

Para continuar con COPAP, se pueden enumerar ciertos requisitos para la implementación del mismo en las unidades de cuidados intensivos neonatales, como puede ser la política de puertas abiertas para los padres y familia, acordada entre los padres y profesionales de la unidad, haciendo hincapié en la educación sobre el mismo para favorecer su implementación; la preparación de la madre, manos lavadas, camisa o vestido abierto, faja o tela para sostener al bebé, apoyo psicológico para despejar dudas y crear confianza; la preparación

del bebé, evaluación de signos vitales, cambio de pañal, quitar ropa, dejando solo pañal, gorro y medias, colocar en posición adecuada y evaluar su estabilidad ante el manipuleo (Bossi, 2011).

La aplicación del COPAP no requiere de más personal en la UCIN, sino que basta con un adecuado adiestramiento en toda la información inherente a la aplicación del método, como ser, cómo y cuándo comenzar; posición del RN durante el COPAP; alimentación de los RN prematuros, lactancia, alternativas de alimentación, hasta que se pueda implementar la lactancia materna; incorporación de la madre al plan diario de cuidados, con especial atención en las pautas de alarma; aplicar las medidas necesarias ante la detección de un problema del bebé o de la madre; brindar ánimo y apoyo a la madre y a la familia (OMS, 2004).

La participación de Enfermería es muy importante ya que son los responsables de evitar daños ambientales que puedan perjudicar a los bebés, como ser el nivel de la voz, los niveles de luz, prevención de infecciones intrahospitalarias, la seguridad de las incubadoras, como las puertas trabadas; y sobre todo incluyendo a los padres al plan diario de cuidados, educándolos en cuanto a la importancia del COPAP y todos los beneficios que brinda el mismo para ambos. Ya que el COPAP es un procedimiento sin costos adicionales y fácil de aplicar, sería pertinente implementarlo en cada UCIN. (Martínez Chávez, 2015)

El comienzo del COPAP dependerá del estado general del RN y de la madre. Lo ideal es que comience dentro de las 24 horas de nacido pero hay factores que pueden influir como ser, la estabilidad del recién nacido, esta práctica está contraindicada en aquellos pacientes que se encuentran en estado crítico, o tengan alguna patología que les imposibilite salir de la incubadora. Sin embargo, luego de que el bebé estabilice sus signos vitales y los parámetros de AMR estén estables puede comenzar prontamente el COPAP, siendo supervisado continuamente por el personal de enfermería (Bossi, 2011).

En cuanto a la madre, todas son candidatas a realizar el COPAP siempre y cuando lo desee y si su estado de salud general lo permite. En el caso de que la madre esté imposibilitada de realizarlo por algún motivo particular, podrá ser reemplazada por el padre o algún otro familiar (OMS, 2004).

Una vez que el bebé y la mamá estén aptos para realizar el COPAP se procederá a la realización del mismo. En primer lugar se educará a la madre en cuanto al método y sus beneficios tanto para su bebé como para ella. Luego se comenzará con la aplicación

paulatinamente y controlando los signos vitales del bebé y su tolerancia al método, indagando los miedos que pudieran surgir en la madre (OMS, 2004).

Para la aplicación del método COPAP se disponen de varios momentos previos, como ser, la preparación de la madre y la preparación del bebé, para luego sí colocar al bebé en la posición adecuada para el COPAP. La preparación de la madre incluye previo lavado de manos, ya mencionado anteriormente. La higiene de manos es una de las principales medidas para la prevención de las infecciones asociadas al cuidado de la salud (IACS). Es una medida eficaz, sencilla y de bajo costo. El lavado de manos que se enseña a los padres es el lavado de manos social, el mismo se define como la remoción mecánica de suciedad y la reducción de microorganismos transitorios de la piel. Este lavado requiere de jabón común preferentemente líquido y debe hacerse de forma vigorosa con una duración no menor a los 15 segundos. Su objetivo es remover la suciedad y el material orgánico permitiendo la disminución de la concentración de bacterias o flora transitoria adquirida por contacto con diferentes superficies contaminadas. La técnica del mismo es la siguiente, retirarse todos los objetos de las manos como joyas, anillos, reloj y abrir la canilla, mojarse las manos con agua, aplicar suficiente jabón para cubrir toda la superficie de la mano, se deben frotar, las palmas de las manos entre sí, la palma de la mano derecha contra el dorso de la mano izquierda, con los dedos entrelazados, y viceversa; las palmas de las manos entre sí, con los dedos entrelazado; el dorso de los dedos de una mano contra la palma de la mano opuesta, manteniendo unido los dedos; el pulgar izquierdo redondeándose con la palma de la mano derecha, frotándose con un movimiento de rotación y viceversa, frotarse la punta de los dedos de la mano derecha contra la palma de la mano izquierda, haciendo un movimiento de rotación y viceversa, enjuagarse las manos con agua y secarse con una toalla desechable y cerrar la canilla con la misma toalla y luego desechar. Es imprescindible para los padres aprender esta técnica para evitar infecciones en los RN prematuro (OMS, 2013).

Otro aspecto previo al COPAP es brindar información precisa a la madre para despejar dudas que pudieran surgir sobre el método. La información que se les brinda a los padres no debe ser sólo técnica y con palabras difíciles de entender, sino por el contrario con palabras simples y accesibles para los mismos. Muchas veces los padres luego de obtener información sobre sus hijos la niegan o evitan, sintiendo culpa, lo cual utilizan como mecanismo de defensa, en este aspecto el rol del equipo de salud es primordial dado que la acción y las palabras pueden perjudicar o favorecer la confianza familiar. Incrementar la interrelación de los padres con su

bebé ayuda a facilitar los mecanismos de adaptación y reorganización. Es fundamental utilizar un lenguaje simple para brindar información, teniendo en cuenta el nivel de comprensión y atención de los padres al momento de darla y repetirla tantas veces sea necesario para que los padres puedan entender de lo que le hablamos. En cuanto al COPAP debemos explicar detalladamente de qué se trata, cuáles son los beneficios que aporta tanto a ella como a su bebé, cuáles son los pasos a seguir y pautas de alarma (Solá, 2011).

En cuanto al atuendo que debe utilizar la madre, preferentemente se recomienda utilizar un vestido o camisa abierta adelante, para facilitar la colocación del bebé sobre el pecho de la misma y estar en contacto estrecho piel con piel. También es recomendable utilizar una manta o sábana de algodón para tapar al bebé mientras se realiza el COPAP o una banda para sujetarlo (Bossi, 2011).

Para la preparación del bebé previo al COPAP es indispensable realizar control de signos vitales. El objetivo del control de los signos vitales es recabar información sobre la estabilidad del neonato, ya sea cardiorrespiratoria, hemodinámica y térmica del paciente, para poder tomar decisiones sobre el tratamiento y diagnóstico del mismo. La valoración clínica de enfermería se acompaña generalmente por monitoreo multiparamétrico, realizando comparación entre ambos, permitiendo en muchos casos valorar las constantes vitales del paciente a través del monitor evitando el contacto excesivo y respetando el sueño. Los signos vitales varían según la edad gestacional, sexo, peso, horas de vida, y patología existente. Los mismos son valorados por personal capacitado capaz de obtener datos objetivos. Se destacan los siguientes valores normales, frecuencia cardíaca, 120-160 latidos por minuto; frecuencia respiratoria, 40-60 respiraciones por minuto, temperatura corporal, entre 36-37° C. Previo al control de signos vitales se deben higienizar las manos, para evitar la proliferación de infecciones cruzadas. La frecuencia respiratoria (FR) es indicador de la ventilación y oxigenación del neonato, son la cantidad de inspiraciones y espiraciones en un minuto. Para evitar modificaciones en el patrón de las mismas es preferible realizar su control en primer lugar. Lo que se busca detectar durante su control es cambios en la coloración de la piel, esfuerzo respiratorio, mecánica ventilatoria, signos de alteración respiratoria, como ser aleteo nasal, taquipnea, tiraje, etc. La temperatura corporal resulta de un equilibrio entre la pérdida y la producción de calor del organismo. La toma de temperatura más común es la periférica, debajo de la axila, utilizando un termómetro digital. El objetivo de su control es evaluar la termorregulación del paciente. Es importante favorecer la

temperatura adecuada en el paciente a través de cuidados de calidad del personal de enfermería para evitar la morbilidad y mortalidad del neonato, previniendo la hipotermia. La frecuencia cardíaca (FC), consiste en el conteo de contracciones cardíacas en un minuto. Valorar la función cardíaca y sus características es el propósito de su control. Se lleva a cabo utilizando un estetoscopio, pero también se puede medir con un monitor cardíaco, acompañado de la medición de la presión arterial y pulsos periféricos. El control de los signos vitales es una tarea indispensable en enfermería, para valorar extensamente todos los sistemas del RN, lo recomendable es incluir a los padres en este control. Una vez que se realiza el control de signos vitales y se certifica que no haya ninguna alteración en el RN que impida el COPAP se procede a aplicar el método (Balaguer Videla, 2010).

Otro aspecto a tener en cuenta previamente, es que el bebé debe estar totalmente desnudo a excepción de un pañal y un gorro, para favorecer el contacto de la piel del bebé con la de su madre. Siendo que el lugar de mayor protección para un neonato es el cuerpo de su madre el COPAP permite volver a albergarlo en el cuerpo ya conocido de su mamá. El útero materno es un ambiente protector en sí mismo, le genera al feto libertad para moverse, una temperatura ideal, percibir sonidos muy suaves como los latidos de su mamá y su voz. Si bien los cuidados brindados en la UCIN son en pro de la sobrevivencia del prematuro, muchas acciones desfavorecen el desarrollo neurológico del mismo, es por eso fundamental promover este método para lograr en el neonato el paso por la UCIN lo menos traumático posible, favoreciendo su neurodesarrollo (Unicef & Nación, 2018).

Una vez que todas las condiciones están dadas se procede a implementar el COPAP. En los bebés de término se los coloca en decúbito ventral en contacto piel a piel con los pechos de la madre, de a poco el RN va raptando hacia los pechos de la misma a través de movimientos de flexión-extensión de los miembros inferiores, accionando los reflejos de búsqueda y succión de la mano impregnada de líquido amniótico, llegando hasta el pezón y prendiéndose espontáneamente (Gómez Herrera, 2013).

En el RN pre término el COPAP consiste en colocar al bebé desnudo sobre el pecho desnudo de la madre, en posición vertical en decúbito ventral, buscando que la mayor parte del cuerpo del bebé que en contacto con la piel de la mamá. La cabeza del bebé debe estar levemente lateralizada para favorecer la entrada de aire y el contacto visual entre ambos; las extremidades

deben estar en posición de rana, es decir flexionadas contra el cuerpo de la madre. Puede sujetarse al bebé con una faja o manta o bien con las propias manos de la madre (Bossi, 2011).

Esta práctica está amparada legalmente; y si se habla de amparo legal no se puede dejar de nombrar la Ley N° 25.929, sancionada en Argentina en agosto de 2004, promulgada en septiembre del mismo año y reglamentada en septiembre de 2015, la que en su artículo 2, inciso b, estipula:

“Que toda mujer tiene derecho A ser tratada con respeto, y de modo individual y personalizado que le garantice la intimidad durante todo el proceso asistencial y tenga en consideración sus pautas culturales, así como a tener a su lado a su hijo o hija durante la permanencia en el establecimiento sanitario, siempre que el recién nacido no requiera de cuidados especiales”.

La también conocida como Ley de parto Humanizado establece que la mujer deberá ser informada sobre las intervenciones a realizarse sobre su cuerpo y el de su hijo, para poder decidir de acuerdo a sus creencias y valores, convirtiéndose en protagonista del proceso y no en mera espectadora. La información que recibirá por derecho incluye desde el asesoramiento durante su embarazo por parte del cuerpo médico de los beneficios de la lactancia materna y la posibilidad de ser acompañada durante el trabajo de parto y posparto, hasta las medidas sobre prácticas y medicación durante el parto, sus causas y consecuencias, siempre conociendo tanto su estado de salud como el de su hijo o hija. Esta misma ley contempla los derechos de la persona recién nacida, quien deberá ser tratada de manera digna, identificada de modo inequívoco, recibir todos los cuidados que garanticen su desarrollo, incluido plan de vacunación y no podrá ser intervenida con propósitos de investigación (Nacional, 2004).

Para garantizar su cumplimiento en el ámbito público, surgen las Maternidades Seguras Centradas en la Familia (MSCF). Se trata de espacios que promueven la participación de las mujeres y su familia durante el embarazo y parto, así como el seguimiento del bebé. Para poder llevar adelante el proyecto, en 2006 se publica en nuestro país la Guía para transformar Maternidades tradicionales en Maternidades Centradas en la Familia y en 2008 la organización Panamericana de la Salud edita el libro El modelo de maternidad centrada en la familia. Experiencia del Hospital Materno Infantil Ramón Sardá. Estudio de buenas prácticas (Larguía & Gonzalez, 2006).

En estos documentos se describen diez pasos que toda maternidad debe cumplir para recibir la acreditación de organismos no gubernamentales, UNICEF, OPS-OMS, y Sociedades

Científicas afines, de “Maternidad Centrada en la Familia”. Desde 2015, a lo largo y a lo ancho de todo el territorio de la República Argentina, adhieren a esta política de Estado promovida por el Ministerio de Salud de la Nación, UNICEF y los Estados Provinciales, 102 hospitales públicos. Inclusión, respeto y atención personalizada son los pilares sobre los que se rige esta propuesta, que ha logrado reducir muertes maternas, infantiles y brechas de inequidad. Estas maternidades públicas hacen foco en derechos adquiridos como el parto respetado y la interacción madre-hijo desde el momento del alumbramiento (Nación, 2015).

Para continuar asegurando la proliferación de estos espacios, en 2011 comienza a circular el texto Maternidad segura y centrada en la familia, donde se establece como objetivo el fortalecimiento del COPAP temprano con la madre para favorecer el vínculo madre e hijo y facilitar la lactancia materna y resalta la importancia del contacto inmediato alegando que, las pautas de comportamiento favorable y de forma recíproca, están condicionadas por la interacción continua y precoz en el período posterior al nacimiento. El neonato tiene mecanismos de comunicación para establecer el necesario vínculo y apego ente padres e hijos (Larguía & Gonzalez, 2006).

Al hablar de COPAP no se puede dejar de hablar de “Cuidado Humanizado”. El cuidado es la esencia de Enfermería, los mismos debieran estar constituidos por acciones transpersonales e intersubjetivas para proteger, mejorar y preservar la humanidad ayudando a la persona a hallar un significado a la enfermedad, sufrimiento, dolor y existencia y ayudar a otro a adquirir autocontrol, autoconocimiento y auto curación. El ideal moral de enfermería es cuidar, donde su fin es protección, engrandecimiento y preservación de la dignidad humana. Muchas teorías de enfermería se basan en una visión humanista del cuidado, por ejemplo Watson, la misma refiere que para enfermería el cuidado es su razón moral, no es una acción mera, es un proceso interconectado, intersubjetivo, de sensaciones compartidas entre la enfermera y usuario (Vega, 2016).

El cuidado humanizado se basa en la reciprocidad y tiene una calidad única y auténtica. La encargada de ayudar al paciente a incrementar su armonía en la mente, el cuerpo y el alma y crear procesos de conocimiento de sí mismo, es la enfermera. Partiendo desde aquí, el cuidado requiere que la enfermera sea un agente humanitario y moral, y no solo académica y clínica, siendo participante en las transacciones de cuidados humanos (Vega, 2016).

La enfermera desarrolla un papel muy importante en el área de neonatología, la misma debe estar calificada y con una alta formación. La evolución del paciente depende en gran parte de la observación de las enfermeras, la minuciosidad de sus cuidados marca la diferencia en los resultados que se obtienen y todo esto utilizando cuidados humanizados y centrados en la familia (Castro López & Laza, 2007).

Watson plantea un sistema de valores, los cuales se asocian al respeto por las maravillas y misterios de la vida, el reconocimiento de una dimensión espiritual y poder interno del proceso de cuidado humano, crecimiento y cambio. El énfasis está puesto en ayudar a las personas a lograr un mejor conocimiento de sí misma, auto control, y alistarse para la propia sanación sin importar la condición externa de salud. La enfermera actúa como coparticipante en el proceso de cuidado humano por lo que obtiene un valor alto en la relación enfermera-paciente (Vega, 2016).

De la teoría de Watson surgen las siguientes categorías de cuidado, tratar al individuo como persona; preocupación y empatía; características personales de la enfermera; proceso de comunicación; esfuerzo extra (Vega, 2016).

La visión humanista del cuidado de Watson, es importante por cuanto cambia la visión de los cuidados de Enfermería en los sistemas hospitalarios, el cuidado debe adquirir una dimensión profunda que va más allá de una simple técnica, de planificar una atención, de recibir un turno o la de una educación rutinaria día a día; es estar ahí con el otro, es compartir sus sentimientos y sus emociones (Vega, 2016).

Material y Método

Diseño de la Investigación

La presente investigación es de tipo observacional ya que la intencionalidad es describir lo que está pasando en un lugar y un tiempo determinado, pudiendo sugerir la presencia de asociación entre las variables estudiadas, sin manipulación de las mismas; a su vez es descriptiva ya que tiene por objeto determinar cómo es la situación de las variables en estudio en una población específica, la presencia o ausencia de alguna de ellas, la frecuencia con qué se presentan y en quiénes. Es un estudio de corte transversal, ya que los datos se recolectarán en un solo momento y en un periodo determinado entre los meses de Enero a Junio de 2021, realizándose una única medición de variables. Es prospectivo, debido a que se registrará la información según los hechos vayan ocurriendo.

Sitio o contexto de la investigación

Para la elección del sitio de investigación se aplicó una guía de convalidación (ver Anexo 1), la cual no se pudo realizar una comparación con otra institución ya que en ninguna otra se obtuvo el permiso del efector para llevar a cabo el estudio. Ante ello, se realiza una caracterización del sitio, que tras los resultados del estudio exploratorio (ver Anexo 3) permite seleccionarlo ya que reúne los criterios de elegibilidad para llevar a cabo el siguiente proyecto.

La institución seleccionada es un hospital público de segundo nivel de atención, dependiente de la Municipalidad de Rosario, ubicado al sur de la ciudad. Cabe destacar que el Hospital en cuestión ha sido distinguido como “Hospital Amigo de la madre y el niño”, por UNICEF. Tanto el Departamento de Enfermería como la Jefa a cargo del servicio autorizaron la realización de la investigación. Se tomará como contexto la unidad de cuidados intensivos neonatales de la misma institución. El servicio en cuestión cuenta con un plantel enfermero de 30 profesionales, de entre 26 y 69 años, con una antigüedad laboral de entre 6 meses y 29 años.

Población y muestra

La población de estudio estará formada por la totalidad de los enfermeros del servicio de Neonatología de un hospital público de la zona sur de Rosario. La unidad de análisis quedará determinada por cada uno de los enfermeros asistenciales con más de un año de antigüedad en el servicio. Se excluirán a aquellos enfermeros que cubran guardias eventuales en el servicio, y a aquellos que participaron de la prueba piloto. El tamaño de la población será aproximadamente de 25 enfermeros que reúnan los criterios de Inclusión/Exclusión antes mencionado, dato aportado por los resultados del estudio exploratorio, por tal motivo no se tomará muestra debido a que la población es muy reducida y factible de ser medida en su totalidad.

Validez externa

Los resultados de esta investigación sólo se generalizarán a la población en estudio, ya que la misma se realizará en un solo lugar y no se realizará ningún tipo de muestreo probabilístico, ya que el número de participantes es reducido.

Técnicas e instrumentos para la recolección de datos

Teniendo en cuenta las variables en estudio una de las técnicas que se utilizará será la observación, utilizando como instrumento de medición una lista de cotejo la cual medirá la

variable “Aplicación del Método Copap”. Se irá tildando el cumplimiento o no de todos los indicadores de la aplicación del Método. La misma posee un espacio más para destacar alguna observación que pudiera surgir al momento de implementar la técnica. (Anexo 2). Dicha lista fue creada por la autora adaptado del mismo instrumento validado de la variable nivel de información de los enfermeros, adecuada a ésta; posee tres dimensiones: “preparación de la madre”, con cuatro ítems; “preparación del bebé”, con cinco ítems y “colocación del bebé durante el COPAP” con cinco ítems. Contiene una breve descripción para su llenado.

Para la variable “Nivel de información de los enfermeros”, se utilizará como técnica una encuesta y como instrumento un cuestionario con 15 preguntas, en las cuales se debe tildar la opción correcta. El mismo es un instrumento ya validado, creado por J, Bustamante. Posee tres dimensiones: “descripción del método”, con cinco ítems; “beneficios para el bebé”, con seis ítems y “beneficios para la madre” con cuatro ítems. Se realizará una orientación sobre el llenado del cuestionario y se otorgará un tiempo estimado de 20 minutos para que los enfermeros la completen, proporcionando un ambiente tranquilo con buena iluminación.

Este instrumento cuenta con una introducción, con una breve explicación, además de tener incluidas otras variables como ser sexo y antigüedad laboral.

Los nombrados instrumentos responden a la operacionalización de las siguientes variables:

Variable: Aplicación del Método COPAP. Variable cualitativa, compleja, dependiente. Escala nominal.

Definición: Es un método que consiste en colocar al RN desnudo en posición decúbito ventral sobre el pecho desnudo de la madre apenas nace o poco después (dentro de las 24 hs. de nacido), favoreciendo el desarrollo del bebé.

DIMENSIONES: Preparación de la madre, preparación del bebé, colocación del bebé durante el COPAP.

Dimensión 1: Preparación de la madre:

Indicadores:

- Lavado de manos previo al COPAP.
- Informar a la madre sobre el uso de camisa o vestido abierto, para realizar el COPAP.

- Disponer de una sábana para sostener al bebé.
- Despejar dudas que pueda tener la madre en cuanto al método.

Dimensión 2: Preparación del bebé:

Indicadores:

- Control de signos vitales previo al COPAP
- Cambio de pañal previo al COPAP.
- Dejar sólo pañal.
- Dejar sólo gorro.
- Dejar sólo medias.

Dimensión 3: Colocación del bebé durante el COPAP:

Indicadores:

- Colocar al bebé en posición vertical.
- Colocar al bebé en contacto directo sobre el pecho de la mamá.
- Observar si las piernas del bebé están flexionadas en posición de rana.
- Observar si la mejilla del bebé está en contacto con el pecho de la madre
- Observar si el bebé está fijado firmemente al pecho de la madre con una sábana, faja o banda.

Variable: Sexo: Variable cualitativa, simple, independiente. Escala de medición nominal.

Indicadores:

- Femenino.
- Masculino.

Variable: Antigüedad en el servicio: variable cuantitativa, independiente, simple. Escala de medición: Razón.

Indicador: -Cantidad de años referidos por el encuestado.

Variable: Nivel de información de los enfermeros sobre COPAP. Variable cualitativa, simple, independiente .Escala de medición ordinal.

Definición: es la información que posee cada enfermero sobre el método COPAP y sus beneficios.

DIMENSIONES: Descripción del método, beneficios para el bebé, beneficios para la madre.

Dimensión 1: Descripción del Método:

Indicadores:

-Se debe colocar al recién nacido desnudo en posición decúbito ventral sobre el pecho de la madre apenas nace o poco después

-El contacto piel a piel se debe iniciar dentro de las 24 horas

-El contacto piel a piel se puede incorporar al plan diario de cuidado del recién nacido.

-El contacto piel a piel tiene como propósito facilitar la estabilidad fisiológica, el desarrollo madurativo y el crecimiento socio-emocional del bebé.

-En el contacto piel a piel el tiempo debe ser como mínimo de una hora.

Dimensión 2: Beneficios para el bebé:

Indicadores:

- Facilita la estabilidad fisiológica, el desarrollo madurativo y el crecimiento socioemocional del bebé.

- Estabiliza la temperatura, la frecuencia respiratoria y la frecuencia cardíaca del bebé.

-Favorece el reposo y sueño del niño.

-Favorece la estimulación auditiva, táctil, olfativa y visual del RN.

-Disminuye los niveles de cortisol, hormona relacionada con el estrés del RN.

Dimensión 3: Beneficios para la madre:

Indicadores:

- Favorece el vínculo afectivo madre/hijo.
- El COPAP favorece la involución uterina.
- En el COPAP la succión estimula la secreción de oxitocina y prolactina.
- La madre siente mayor seguridad y confianza, sonríe más a su hijo y consuela más.

Los instrumentos fueron seleccionados teniendo en cuenta sus ventajas, ya que se los considera fáciles de aplicar, codificar y analizar, económicos, requieren un menor tiempo y esfuerzo para sus respondientes, son autoadministrables y permiten mantener el anonimato. Una de las técnicas seleccionadas fue la observación, la misma es muy útil en cualquier tipo de investigación, es económica y fácil de aplicar, en cuanto a sus desventajas se puede mencionar el punto de vista o rol que desempeñe el observador (participante o no participante), lo que podría inferir en los resultados. La otra técnica es la encuesta, que se realizará a través de un cuestionario, en el que se consideran como ventajas, su costo bajo, capacidad de brindar información sobre una mayor población en un período breve, facilidad de obtener, cuantificar, analizar e interpretar datos, no se requiere mucho personal y, a su vez mantiene el anonimato. Como desventajas se considera poco flexible, ya que no se puede utilizar con personas analfabetas y no permite la aclaración de dudas.

Para asegurar las amenazas en la instrumentación y con la finalidad de identificar algunos ítems o aspectos que pudieran resultar poco claros en el momento de la administración del instrumento, se realizó una prueba piloto del mismo (Anexo 4). La misma se llevó a cabo en una muestra relativamente pequeña, pero con características similares a las de la población en estudio. En cuanto a la lista de cotejo utilizada durante la aplicación del Método COPAP, se pudo emplear sin dificultad, permitiendo recolectar la información de manera rápida, sencilla y sin omisiones, por lo cual no requirió modificaciones.

Durante la realización de las encuestas tipo cuestionario, no se recibieron preguntas de parte de los participantes con respecto a la interpretación de las preguntas formuladas, tampoco se encontraron cuestionarios incompletos, lo cual dio la pauta de que el instrumento era claro y no requería modificaciones. El espacio que se utilizó fue la oficina de la jefa del servicio, ya que en

el turno de 12 a 18 se encuentra vacía. La misma contaba con luz adecuada y aire acondicionado. El tiempo estimativo promedio para llevarla a cabo fue de veinte minutos por cada enfermero.

En cuanto a los principios de bioética, se tendrá en cuenta que los mismos sean respetados en su totalidad.

Principio de Beneficencia: la premisa máxima de este principio es no dañar, por lo tanto los sujetos no estarán expuestos a daños físicos ni psicológicos, se tendrá en cuenta que los beneficios siempre deberán superar los efectos indeseables, se asegurará la confidencialidad, manteniendo el anonimato de todos los participantes.

Principio de respeto a la dignidad humana: se brindará información completa, clara y precisa, por medio de un Consentimiento Informado (Anexo 2). Los sujetos tendrán derecho a decidir si participar o no en el estudio, momento en el que deseen abandonar el mismo y a rehusarse a dar información, si consideraren que invade su privacidad.

Principio de Justicia: el reclutamiento de cada una de las unidades de análisis será de manera equitativa, sin poner en riesgo a un grupo para beneficiar a otro. Además de contar con una autorización previa de la institución, para realizar la investigación.

Personal a cargo de la recolección de datos

La autora del proyecto será la encargada de realizar la recolección de datos, la misma será en el servicio de neonatología del efector elegido los días lunes, miércoles y viernes, en el horario de 12 a 18, donde es más factible realizar la observación y las encuestas, ya que es en el horario donde acude al servicio la mayor cantidad de madres. No se requerirá personal que colabore.

Plan de análisis

Una vez recogidos los datos serán codificados, es decir traducir las respuestas u observaciones a símbolos o números, luego se procederá a la tabulación de los mismos agrupando las variables seleccionadas y sus correspondientes dimensiones, el análisis será univariado y bivariado. Se utilizará el programa estadístico SPSS, y se contará con la colaboración de un especialista en estadística para analizar los resultados.

Las variables cualitativas complejas serán reconstruidas, es decir traducidas a índices, la suma obtenida (índices) será distribuida en rangos: Alto, Medio y Bajo. La variable “Nivel de

información de los enfermeros sobre COPAP” será reconstruida de la siguiente manera: nivel alto de información en la obtención de 11 a 15 puntos, un nivel medio a la puntuación comprendida entre 6 a 10 puntos y bajo a la puntuación menor a 5 puntos. Considerando una puntuación máxima de 15 puntos y una mínima de 0 puntos, donde un acierto equivale a un punto y un error a 0 puntos.

En cuanto a la variable “aplicación del método COPAP” su reconstrucción será de la siguiente forma: existe un nivel alto de aplicación del método en la obtención de 11 a 15 puntos, un nivel medio a la puntuación comprendida entre 6 a 10 puntos y bajo a la puntuación menor de 5. Considerando una puntuación máxima de 15 puntos y una mínima de 0 puntos, donde cada “Si” tiene un valor de un punto y cada “NO” de cero puntos.

Los datos se presentarán en tablas de distribución de frecuencia de las diferentes dimensiones de cada variable, luego se volcarán en gráficos de barra simple y adosada, para determinar los porcentajes de aplicación del método COPAP y nivel de información de los enfermeros sobre el mismo. Se calcularán las medidas de tendencia central, tanto la moda, la media y la mediana y se volcarán en tablas.

En cuanto a la variable antigüedad laboral, será volcada en tablas de distribución de frecuencia y se determinará la medida de tendencia central y establecer la moda. Se contará con la colaboración de estadístico/a.

Cronograma de trabajo

	Enero (2021)	Febrero (2021)	Marzo (2021)	Abril (2021)	Mayo (2021)	Junio (2021)	Julio (2021)	Agosto (2021)
Recolección de datos								
Tabulación de datos.								

Análisis de datos y elaboración de conclusión.								
Confección del informe final de la investigación.								
Difusión del informe final de la investigación.								

ANEXO 1

Guía de convalidación de sitio:

- ¿La institución autoriza la recolección de datos para la investigación?
- ¿la institución autoriza que se publiquen los resultados de la investigación?
- ¿Cuál es la dotación total de enfermeros?
- ¿Cuál es la dotación de enfermeros por turnos?
- ¿Cuál es el total de hombres en el servicio?
- ¿Cuál es el total de mujeres en el servicio?
- ¿Cuál es la antigüedad aproximada de cada uno de los integrantes?
- ¿El servicio cuenta con protocolos y normas de cuidados sobre COPAP?
- ¿Se realizan cursos de capacitación sobre nuevas técnicas de cuidado por parte del personal?
Como por ejemplo COPAP.
- ¿En qué turnos es más conveniente observar la aplicación del método COPAP?



FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

Universidad Nacional de Rosario

-----Quien suscribe, Esp. Rosana Nores, Profesora Titular de la Actividad Académica
Tesina de la Escuela de Enfermería de la Facultad de Cs. Médicas de la Universidad
Nacional de Rosario, certifica que _____

Rocío Mahel Alegre
es estudiante de la carrera Licenciatura en Enfermería.

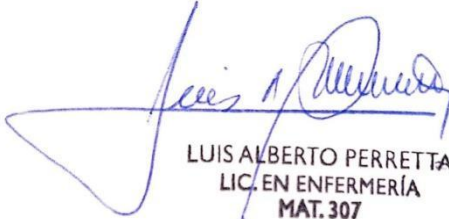
*El/la mismo/a deberá relevar datos de la Institución de Salud con el objeto de
concretar su proyecto de finalización de la carrera de grado.*

*La identidad de la institución no será divulgada, en dicho proyecto, los datos
solicitados sólo contribuirán a la planificación de los aspectos metodológicos requeridos, en
esta actividad académica.*

*Esperamos contar con su valiosa participación, en la formación de nuevos
profesionales. Saluda a Ud. muy atentamente.*

P/D: A pedido del interesado, se expide la presente constancia en la ciudad de Rosario,
Provincia de Santa Fe, a 26 días del mes de noviembre de
los _____ 2020

17 de Rosario


LUIS ALBERTO PERRETTA
LIC. EN ENFERMERÍA
MAT. 307

Santa Fe 3100 Rosario s2000ktr Tel. 341 4804558

Fax 341 4804569

www.fmedic.unr.edu.

ANEXO 2

INSTRUMENTO DE MEDICIÓN N° 1: “APLICACIÓN DEL MÉTODO COPAP”.

DIMENSIÓN	INDICADOR	SI	NO	OBSERVACIONES
PREPARACIÓN DE LA MADRE	Lavado de manos previo al COPAP			
	Informar a la madre sobre el uso de camisa o vestido abierto, para realizar el COPAP.			
	Disponer de una sábana para sostener al bebé			
	Despejar dudas que pueda tener la madre			
PREPARACIÓN DEL BEBÉ	Control de signos vitales			
	Cambio de pañal			
	Dejar solo pañal			
	Dejar solo gorro			
	Dejar solo medias			
COLOCACIÓN DEL BEBÉ	Colocar al bebé en posición vertical			
	Observar si el bebé está en contacto directo			

	sobre el pecho de la mamá.			
	Observar si las piernas del bebé están flexionadas en una posición de rana.			
	Observar si la mejilla del bebé está en contacto con el pecho de la madre.			
	Observar si el bebé está fijado firmemente al pecho de la madre con una sábana, faja o banda.			

INSTRUMENTO DE MEDICION N°2: “NIVEL DE INFORMACION DE LOS ENFERMEROS SOBRE EL METODO COPAP, SEGÚN SEXO Y ANTIGÜEDAD EN EL SERVICIO”.

SEXO:

ANTIGÜEDAD LABORAL:

(Marcar con una cruz la respuesta correcta)

1. ¿En qué consiste el contacto piel a piel?:

- A) Colocar al recién nacido desnudo en posición decúbito dorsal sobre el pecho desnudo de la madre apenas nace o poco después....
- B) Colocar al recién nacido desnudo en posición decúbito ventral sobre el pecho desnudo de la madre apenas nace o poco después....
- C) Colocar al recién nacido desnudo en posición decúbito dorsal sobre el abdomen desnudo de la madre apenas nace o poco después....

2. ¿Cuándo se debe iniciar el contacto piel a piel?

- A) Dentro de las 24 hs....
- B) Dentro de las 48hs....
- C) Dentro de las 72hs....

3. ¿El contacto piel a piel se debe realizar?

- A) Solo al momento del parto....
- B) Se puede incorporar al plan diario de cuidado....
- C) Solo cuando la madre lo desee....

4. ¿El contacto piel a piel tiene como propósito?

- A) Facilitar la estabilidad fisiológica, el desarrollo de la lactancia y el crecimiento social del bebe....
- B) Facilitar la estabilidad fisiológica, el desarrollo psicosexual y el crecimiento emocional del bebe....

C) Facilitar la estabilidad fisiológica, el desarrollo madurativo y el crecimiento socio-emocional del bebe....

5. ¿En el contacto piel a piel el tiempo estimado debe ser?

A) Como mínimo 15 minutos....

B) Como mínimo 30 minutos....

C) Como mínimo una hora....

6. ¿En el contacto piel a piel se logra?

A) Estabilizar la temperatura, la frecuencia respiratoria y la ganancia de peso del recién nacido....

B) Estabilizar la temperatura, la frecuencia respiratoria y la frecuencia cardiaca del recién nacido....

C) Estabilizar la frecuencia respiratoria, la frecuencia cardiaca y el llanto del recién nacido....

7. ¿El contacto piel a piel favorece?

A) La pérdida de calor y el aumento del llanto del recién nacido....

B) La succión, la lactancia y la ganancia de peso del recién nacido....

C) La ganancia de peso y el aumento del peristaltismo del recién nacido....

8. ¿El contacto piel a piel no favorece el reposo y sueño del bebe?

A) Verdadero....

B) Falso....

9. ¿El contacto piel a piel favorece la estimulación auditiva, táctil, olfativa y visual del recién nacido?

A) Verdadero....

B) Falso....

10. ¿El contacto piel a piel disminuye los niveles de cortisol, hormona relacionada con el estrés del recién nacido?

A) Verdadero....

B) Falso....

11. ¿En el contacto piel a piel, la succión estimula?

A) La secreción de oxitocina....

B) La secreción de oxitocina, insulina y prolactina....

C) La secreción de oxitocina y prolactina....

12. ¿El contacto piel a piel permite establecer?

A) Las bases del cuidado del recién nacido....

B) Las bases afectivas del vínculo madre/hijo....

C) Las bases fisiológicas de la madre....

13. ¿El contacto piel a piel inmediato favorece la involución uterina en la madre?

A) Verdadero....

B) Falso....

14. ¿El contacto piel a piel disminuye el estrés y angustia de la madre?

A) Verdadero....

B) Falso....

15. ¿En el contacto piel a piel, la madre siente mayor seguridad y confianza, sonríen más a sus hijos y consuelan más?

A) Verdadero....B) Falso....

CONSENTIMIENTO INFORMADO

El presente cuestionario es parte de una investigación de la universidad Nacional de Rosario de la actividad académica Tesina. Tiene como objeto recabar información sobre la aplicación del Método COPAP en el servicio de Neonatología de un Hospital Público de la ciudad de Rosario. Con el propósito de describir la relación que existe entre la aplicación del método COPAP y el nivel de información que tienen los enfermeros de dicho servicio.

“Declaro que recibí una explicación detallada y en forma verbal de las actividades que se realizarán y de lo que se espera de mí”.

Mi participación en el estudio es completamente voluntaria, y no soy obligado a tomar parte, por lo que firmo el presente formulario dando mi consentimiento. Acepto participar y puedo retirarme del estudio en cualquier momento que lo desee, sin necesidad de justificación alguna.

La información que se obtenga sobre mi persona será confidencial. En los registros del estudio apareceré con un código personal, y los datos que aporte a este estudio serán publicados exclusivamente en el marco de la investigación. Mi colaboración en este estudio no implicará ningún tipo de costo monetario de mi parte, ni percibiré por ello retribución económica alguna. Una vez concluida las actividades a las que se hizo mención, renuncio a cualquier tipo de reclamo, siempre y cuando se mantengan las condiciones más arriba explicitadas.

AUTORIZACION Y CONSENTIMIENTO PARA REALIZAR LA INVESTIGACION

Yo _____, mayor de 21 años de edad, certifico que he leído el procedimiento para llevar a cabo la investigación titulada:

“Relación entre la aplicación del método COPAP y el nivel de información según sexo y antigüedad laboral, de los enfermeros asistenciales”.

El/La investigador/a me ha explicado el propósito de su investigación y ha contestado mis preguntas relacionadas a la misma. Estoy de acuerdo en participar de la investigación.

Participante

Fecha

ANEXO 3

RESULTADO DEL ESTUDIO EXPLORATORIO

Como resultado del estudio exploratorio se determinó que el efector público ubicado en la zona sur de la ciudad de Rosario cumple con los requerimientos de elegibilidad, ya que se logró conseguir la autorización de la institución y del jefe del servicio para recolectar los datos y para publicar los resultados de la investigación, sin inconveniente. Se determinó que la dotación total de enfermeros asistenciales es de 30 profesionales, con una antigüedad laboral de entre 6 meses y 29 años, siendo el sexo predominante en la sala, el femenino. También se determinó que servicio en cuestión no cuenta con protocolos y normas de cuidados sobre COPAP, sino que la práctica se lleva a cabo empíricamente. Tampoco se realizan cursos de capacitación sobre nuevas técnicas o ya existentes. Se constató que el horario más conveniente para realizar la observación de la aplicación del método es en el turno 12 a 18, ya que en ese horario concurre mayor cantidad de madres o padres.

ANEXO 4

PRUEBA PILOTO

El día 26 de octubre de 2020, se realizó la prueba piloto en 5 enfermeros asistenciales pertenecientes al servicio de Neonatología. Se les dio una breve explicación del tema a estudiar y cómo deberían completar el cuestionario, a su vez se evacuaron dudas con respecto a la realización del mismo. Además se proporcionó un consentimiento informado con código personal para preservar el anonimato.

En cuanto a la lista de cotejo utilizada durante la aplicación del Método COPAP, se pudo emplear sin dificultad, permitiendo recolectar la información de manera rápida, sencilla y sin omisiones, por lo cual no requirió modificaciones.

Durante la realización de las encuestas tipo cuestionario, no se recibieron preguntas de parte de los participantes con respecto a la interpretación de las preguntas formuladas, tampoco se encontraron cuestionarios incompletos, lo cual dio la pauta de que el instrumento era claro y no requería modificaciones. El espacio que se utilizó fue la oficina de la jefa del servicio, ya que en el turno de 12 a 18 se encuentra vacía. La misma contaba con luz adecuada y aire acondicionado. El tiempo estimativo promedio para llevarla a cabo fue de veinte minutos por cada enfermero.



FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

Universidad Nacional de Rosario

-----Quien suscribe, Esp. Rosana Nores, Profesora Titular de la Actividad Académica
Tesina de la Escuela de Enfermería de la Facultad de Cs. Médicas de la Universidad
Nacional de Rosario, certifica que _____

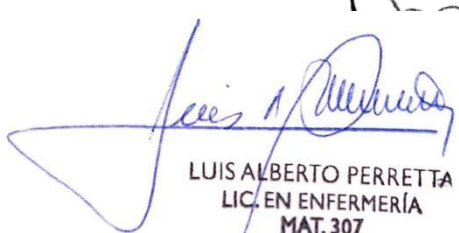
Rocío Mahel Alegre
es estudiante de la carrera Licenciatura en Enfermería.

El/la mismo/a deberá relevar datos de la Institución de Salud con el objeto de
concretar su proyecto de finalización de la carrera de grado.

La identidad de la institución no será divulgada, en dicho proyecto, los datos
solicitados sólo contribuirán a la planificación de los aspectos metodológicos requeridos, en
esta actividad académica.

Esperamos contar con su valiosa participación, en la formación de nuevos
profesionales. Saluda a Ud. muy atentamente.

P/D: A pedido del interesado, se expide la presente constancia en la ciudad de Rosario,
Provincia de Santa Fe, a 26 días del mes de noviembre de
los _____ 2020


LUIS ALBERTO PERRETTA
LIC. EN ENFERMERÍA
MAT. 307

BIBLIOGRAFIA

- Balaguer Videla, M. (2010). Revisando técnicas: control de signos vitales. Buenos Aires. *Fundasamín* , 5-9.
- Bossi, M. G. (2011). *Cuidados Neonatales centrados en el desarrollo del COPAP*. Buenos Aires.
- Bustamante, J. (2014). "Nivel de Conocimientos del Contacto piel a piel madre-niño del profesional de enfermería de los hospitales de Bagua. Chachapoyas, Perú.
- Cernadas, J. M. (2014). *PRONEO, programa de actualización en Neonatología. Modulo 3*. Buenos Aires: Panamericana.
- Conde-Agudelo, A., & Diaz-Rosello, J. (2014). Kangaroo mother care to reduce morbidity and mortality in low birthweight infants.
- De Brito Machado, A. C., & Giglyane Carvalho, M. e. (2012). Producción de conocimientos sobre el método canguro. 61-67.
- Enfermería, C. C. (2012). Cuidados en Enfermería neonatal. *Hospital de Pediatría SAMIC. Prf. Dr. D.J. Garrahan* , 72-200.
- Farkas, C., Santelices, M., & Pinedo, J. (2008). Apego y Ajuste Socio Emocional: un estudio en embarazadas primigestas. *Psyche* , 65-80.
- Fernández Romo, F., & cols., e. (2012). Implementación del método "Madre Canguro" como alternativa a la atención convencional en neonatos de bajo peso.
- Gómez Herrera, A. (2013). El contacto piel con piel de la madre con el recién nacido durante el parto. Úbeda, España: Index Enferm.
- Gómez papi, A., & CR.Pallas Alonso, J. M. (2007). El Método Madre Canguro. *Revista Pediátrica*. 65(6) , 286-291.
- Jolley, J., & Shields, L. (2009). The evolution of family-centered care. 164-170.
- Larguía, A., & Gonzalez, C. (2006). *Guia para transformar Maternidades tradicionales en Maternidades Centradas en la Familia. Fundacion Neonatológica para el Recién nacido y su Familia*. Obtenido de <http://www.funlarguia.org.ar/Herramientas/Guia-para-transformar-maternidades-tradicionales-en-maternidades-centradas-en-la-familia>.
- Larguía, M., & Gonzalez, M. (2011). *Maternidad Segura y Centrada en la Familia (MSCF): conceptualización e implementación del modelo-Fondo de las Naciones Unidas para la infancia (UNICEF)*. Buenos Aires.

Lawn, J., & Mwansa-Kambafwili, J. (2010). Kangaroo mother care to prevent neonatal deaths due to preterm birth complications. 44-54.

Lizarazo-Medina, J., Ospina-Díaz, J., & Arizariño, N. (2012). Programa madre canguro: una alternativa sencilla y costo eficaz para la protección de los recién nacidos prematuros o con bajo peso al nacer. *Rev.Salud Pública* , 32-45.

Lucchi Rais, C., Márquez Doren, F., & Uribe Torres, C. (2012). Efectos del contacto piel con piel del recién nacido con su madre. *Revista index enferm. Vol.21. N° 4* , 209-213.

Lucchini Raies, C., Márquez Dorem, F., & Uribe Torres, C. (2012). Efectos del contacto piel con piel del recién nacido con su madre. Santiago de Chile, Chile.

Martínez Chávez, C. (2015). *Importancia del Método Canguro en prematuros y recién nacidos de bajo peso y beneficios*. España.

Mitchell, I. A., Yates, C., & Williams K, H. (2013). Effects of daily kangaroo care on cardiorespiratory parameters in preterm infants.

Moneta, M. (2014). Apego y Pérdida: redescubriendo a John Bowlby. *Revista Chilena de Pediatría*, 85 (3) , 265-268.

Moore, E., Anderson, G., & Bergman, N. (2008). Contacto piel-a-piel temprano para las madres y sus recién nacidos sanos. Argentina.

Moreno Ruiz, M., Seltan Soto, M., & Vázquez, A. (2017). La conducta del recién nacido. *Cuidados neonatales en enfermería . El Servier* , 25-43.

Nación, M. d. (2015). Obtenido de <http://www.msal.gob.ar/prensa/index.php/noticias/noticias-de-la-semana/2713-maternidades-seguras-y-centradas-en-la-familia-para-fortalecer-los-derechos-de-las-mujeres-y-sus-bebés>.

Nacional, L. (2004). Ley de parto humanizado. Información Legislativa. Ley N° 25.929. Buenos Aires, Argentina.

OMS. (2004). Método madre canguro guía práctica. Ginebra: Departamento de Salud Reproductiva e investigaciones Conexas. Organización mundial de la Salud.

OMS. (2017). Método Madre Canguro. Guía Práctica. Organización Mundial de la Salud. Ginebra: Departamento de Salud Reproductiva e investigación conexas.

OMS. (2013). *Organización Mundial de la salud*. Recuperado el 2020, de www.who.int

OMS. (2018). *Organización Mundial de la Salud. Nacimientos Prematuros.Ginebra*. Obtenido de <http://bit.ly/1F98J8t>

Raineri, F. (2013). Guía de procedimientos para la promoción, fomento, apoyo y protección de la lactancia materna en la atención de la madre y el niño. Buenos Aires, Argentina.

Rougier, H. (1999). Pedagogía vincular: confluencias, debates y bosquejos-. Rosario, Argentina: UNR editora.

salud, M. d. (2006). Obtenido de [Http://pesquisa;bvsalud.org/portal/respirar/pt/biblio_836296](http://pesquisa.bvsalud.org/portal/respirar/pt/biblio_836296)

Sánchez Bustamante, J. (2012). Nivel de conocimiento del contacto piel a piel madre-niño del profesional de enfermería. Bagua.

Solá, A. (2011). *Cuidados Neonatales, descubriendo la vida de un recién nacido enfermo*. CABA. Argentina: Edimed.

Soto Conti, C. (2018). Primera hora de vida: una ventana de oro. *Rev. Hospital Mat. Inf. Ramón Sardá*, 167-170.

Unicef, & Nación, M. d. (2018). Derechos de los recién nacidos prematuros. Buenos Aires, Argentina.

Vega, A. (2018). Teorías y Tendencias en Enfermería. Recopilación bibliográfica. Rosario, Argentina.

Vega, A. (2016). Teorías y tendencias. Material de la cátedra de la materia Teorías y Tendencias, Licenciatura en Enfermería, Universidad Nacional de Rosario. Rosario, Argentina.

